

(別添2)

事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別 訪問看護

第三者評価の判断基準

事業所名（施設名）

訪問看護ステーションコスモス

a・・・着眼点をすべて実施している状態

b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態

c・・・着眼点を一つも実施していない状態

 実施していない状態 実施している状態

(H22.9 修正版)

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 155 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者の尊重についての記載がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 156 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者の尊重に関する記載がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 157 利用者尊重や基本的人権への配慮をテーマとした勉強会・研修会を、年1回以上実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 158 利用者の尊厳を損なう言動や身体拘束、虐待等を防止するため「職員行動規範」を定めている。	・事業所理念の一つに「私たち訪問看護師は、信頼関係をもとにご本人やご家族の気持ちを尊重し、生活の場にあった親切で丁寧な看護サービスを提供し、満足の向上を図ります」と掲げ事業所の利用案内に明記し利用者等に説明している。法人として毎年接遇研修を行い、利用者の尊重について職員に周知している。法人の広報誌「コスモスだより」やパンフレットにも法人の基本理念を掲載し、法人としての方向性を示し、利用時の不安の解消や法人のサービスへの理解を深めていただけるようにしている。
			② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 159 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者の尊重に関する記載がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 160 利用者のプライバシー保護や、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識をテーマとした勉強会・研修会を、年1回以上実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 161 利用者の訪問看護計画（又はサービス提供記録）の中に、利用者のプライバシーに配慮したサービス提供を行う（又は行った）旨の記載がある。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	1	(2) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 162 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者満足の向上を図る旨の記載がある。 ■ 163 利用者満足に関する調査・アンケートを年1回以上行っている。 ■ 164 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取を年1回以上行っている。 ■ 165 利用者の家族との面談等により、家族の満足度や要望を把握している。 ■ 166 利用者満足に関する調査の担当者(担当部署)を定めている。 ■ 167 調査結果に関する検討会議を設置している。 ■ 168 調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。 ■ 169 検討結果に基づいて具体的な改善策を立て、実施した記録がある。 	<p>・法人は各種の医療事業や介護事業運営に携わっており、法人本部が主体となり定期的に各事業所の「サービス向上業務改善アンケート」を行っており、当事業所でも年1回行い、改善課題の洗い直しや対応策の再検討に活かしている。法人全事業所の改善課題とそれに伴う対応策を所長が把握している。サービス計画内容の適正な実施は事業所運営の上で最も根幹に当たることであり、利用者や家族の満足度を常に把握し、運営している。3ヶ月に一度、ケアプランに照らし合わせ現在提供されているサービスが適切なのか否かの見直しを必ず行い、合わせて家族等に要望や満足度の確認をしている。利用者の意向や家族等の思いに応えるためサービスの質の向上についての検討を常に行い、時には利用者担当のケアマネージャーとも連携し、話し合われた改善内容を計画書に反映し実施に移している。</p>
		(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 170 利用者からの意見・要望等を受け付ける相談窓口を設置している。 ■ 171 利用者からの意見・要望等に対する担当者及び責任者を定めている。 ■ 172 重要事項説明書に、当該事業所の相談窓口及び電話番号、担当者・責任者の氏名を明記している。 ■ 173 重要事項説明書の当該部分を事業所内の見やすい場所に掲示している。 ■ 174 事業所便り等に相談窓口や相談方法を載せることにより、利用者に周知している(年1回以上)。 ■ 175 意思の疎通が困難な利用者に対して、手話、筆記や成年後見制度の利用が用意されている。 ■ 176 事業所において利用者や家族が相談や意見を述べる場合、利用者等のプライバシー保護に配慮している(会議室を利用する、ついたて等で周囲から遮蔽する、音声周囲に漏れないように職員の机等から十分な距離をとる等)。
						177 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	1	(3)	② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b	<ul style="list-style-type: none"> ■ 178 苦情相談窓口を設置している。 ■ 179 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。 □ 180 第三者委員を設置している。 ■ 181 重要事項説明書に、当該施設の苦情相談窓口及び電話番号、苦情受付担当者・苦情解決責任者の氏名を明記している。 ■ 182 重要事項説明書に、公的な苦情受付窓口として、市町村介護保険担当課、長野県国民健康保険団体連合会、長野県社会福祉協議会（福祉サービス運営適正化委員会）及びそれぞれの電話番号を明記している。 ■ 183 重要事項説明書の当該部分を施設内の見やすい場所に掲示している。 ■ 184 施設便り等に苦情相談窓口や苦情解決方法を載せることにより、利用者に周知している（年1回以上）。 ■ 185 苦情の受付から解決、結果の公表までの手続きを定めた「対応マニュアル」がある。 ■ 186 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。 ■ 187 苦情解決記録（受付、原因究明、検討内容、結果、公表に至るプロセスの記録）があり、適切に保管している。 ■ 188 苦情に対して即日の対応が行われている（苦情解決記録により確認）。 ■ 189 苦情への検討内容や対応策を、苦情を申し出た利用者や家族等に文書で通知している。 □ 190 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。 ■ 191 苦情解決責任者は全ての苦情とその対応結果を把握している（苦情解決記録により確認）。 ■ 192 苦情解決の経験が蓄積・活用され、同様の苦情が繰り返し発生していない（苦情解決記録により確認）。 	<p>・社会福祉法人の事業所ではないので第三者委員は設置していないが、「訪問看護重要事項説明書」上に事業所と公的機関の連絡先を明記している。それと共に「訪問看護契約書」上に「相談、要望、苦情等の窓口」として、担当者名、連絡先、受付時間を明記し利用者等にわかりやすいようにしている。日頃から利用者や家族との意思疎通を図り、職員は思いの実現と満足度に繋げるために積極的に取り組んでいる。訪問看護サービス提供事業所としての使命を踏まえ、法人の理念の一つ「愛と誠をもって社会に奉仕する」と私たちの決意の一つ「私たちは、コスモスの職員としての自覚を持ち、責任ある行動を取ります」を実践するなかで、利用者や家族等からの日々の要望や意見を持ち帰り職場内においてミーティングし、内容によっては同じ利用者にサービス提供している法人の他部門の部署とも協力体制をとり、総合判断により対応している。全ての情報は所長が集約し、利用者、家族等にも情報提供も交え丁寧に回答している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	1	(3)	③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	■ 193 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定した「対応マニュアル」を整備している。	・利用者からの提案や意見は日ごろの訪問時に聞き取り、課題があれば昼の会議等にて職員全員で意見交換をし迅速に対応し、その結果を個々のサービス計画に取り入れ、経過観察を行い、取り組み内容を検証している。利用者や家族からの申し出については連絡ノートや電話で回答している。また、適切なサービス提供に繋げるため利用者一人ひとりの対応マニュアルの見直しを行いつつ、全体のサービスの改善と向上に繋げている。
			■ 194 意見等への対応記録（受付、検討内容、結果、公表に至るプロセスの記録）がある。		■ 195 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している（対応記録により確認）。	
	■ 196 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	■ 197 意見等への検討内容や対応策を、意見等を申し出た利用者や家族等に文書で通知している。				
■ 198 意見等を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、意見等の内容及び対応策等を公表している。	■ 199 要望や意見等により具体的にサービスを改善した事例がある。					
④ 苦情や意見等を述べた利用者等を保護する仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	■ 200 「就業規則」「利用契約書」「対応マニュアル」に、苦情や意見等を述べた利用者に対して不利益な扱いをしてはならない旨の規定を設けてある。	・契約書に「事業所は利用者またはその家族が、苦情申し立てを行なった場合、これを理由としていかなる不利益、不公平な対応も致しません」と明記し、利用前に利用者や家族等へ、担当ケアマネジャーと共に説明に伺い確認をいただいている。			
■ 201 重要事項説明書等に、「万が一不利益な扱いを受けた場合は、事業所として責任ある対応をとるので、責任者にその旨申し出願いたい」旨が明記されている。						
■ 202 苦情や意見等を述べた利用者に対して不利益な扱いを行った職員に対する処分が定められている。						
2	サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的にやっている。	① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	■ 203 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行っている。	・法人運営の中で、毎年の目標や年度方針を定め、前年度と今年度の達成内容等を多方面から比較、検討している。その中に事業所の提供するサービス内容について組織として所長が振り返り、内容を取りまとめ職員に周知し、全体の検討課題として次年度の事業計画等に反映している。福祉サービスの第三者評価は今回が初めての取り組みである。
□ 204 第三者評価を定期的に受審している。		■ 205 内部監査を毎年実施している。				
■ 206 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	■ 207 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)		
Ⅲ	2	(1)	② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	■ 208 職員の参画により評価結果の分析を行っている。	・法人としての年度の総括方法が統一されており、訪問件数や訪問相談、新規利用者数、終了者数などの数値的な裏付けを基に振り返りがされている。その中には年に一度の利用者、家族等に対しての匿名アンケートの結果も含まれ、職員会議に掛け話し合いが行われ、職員共通の課題として改善策や改善計画が策定されている。		
					■ 209 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。			
		■ 210 職員間で課題の共有化が図られている。						
■ 211 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定している。								
■ 212 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。								
■ 213 必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。								
(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供するサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a	■ 214 次の内容に関してサービスの標準的な実施方法が文書化されている。 (1) 訪問看護職員が遵守するきまり (2) 報告、連絡、記録の方法 (3) 疾患・症状別のケア (4) 緊急・急変時の対応 (5) 口腔ケア	■ 215 新規利用者と契約し、アセスメントから担当者選定、同行訪問、再調整に至る業務手順が文書化されている。	■ 216 マニュアルはいつでも閲覧できる場所に備え付けられている。	■ 217 マニュアルを用いた研修や個別の指導を行っている。	■ 218 管理者は、マニュアルに基づいてサービスが提供されているかどうかを定期的に確認している。	・サービスの基本が法人の指針に基づき文書化されている。一定の水準以上のサービスを保った上で、利用者や家族等の要望を取り入れ他の在宅サービスと連携し訪問看護分野としての計画を作成している。事業所として「利用を希望する方を拒まない」方針であり、一人ひとりの利用者の必要に応じてサービス項目の細部にわたる写真付きのマニュアルを作成する場合もある。各会議でも刻々と変わる医療現場の新しい知識や医師からの処置方法等の指示に対応するために研修を行っている。
	② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	■ 219 サービスの標準的な実施方法のマニュアルを見直すための検討会議が毎年1回以上開かれている。	■ 220 職員や利用者等からの意見や提案をもとにマニュアルを見直した具体的事例がある。	・研修や勉強会等で最新の器機や処置方法について情報を収集し、また、利用者等からの意見などに基づいて見直しを実施しサービスの質の向上に繋げている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)				
Ⅲ	2	(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a	■ 221 利用者一人ひとりの個人記録(台帳)があり、親族、緊急連絡先、主治医・通院先、投薬、障害と注意点、疾病と禁忌、担当の介護支援専門員、他に利用するサービス事業者などが書かれ、担当の不在時にも対応できるような情報が整備、更新されている。	・利用者の受け持ち担当職員は決めてあるが、複数の職員の目を通しサービス提供をすることにより質の高いサービスを目指している。法人の定めた様式に基づき記録も統一し、利用者の状態の推移が具体的に記録されている。また、システムを導入しパソコンでの記録も進められている。				
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		■ 222 訪問看護職員の記録は、作業内容の記録ではなく、その時の利用者の状況に対して、ある目的のために何をを行い、その結果がどうであったかを記録した内容になっている。		・記録や事業所運営の全ての事柄に所長が確認と取りまとめを行っている。また、「個人情報保護に関する法律(個人情報保護法)」を遵守し、個人情報の管理については情報保護と情報開示をふまえた体制をとっている。事業所の運営規定や利用契約書に「秘密保持」について定め、利用者や家族等に対して、真摯に向き合い誠実に対応している。職員への教育もあらゆる研修の中でされており、職員の退職後の守秘義務についても誓約書が交わされている。			
			③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。		■ 223 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。			・利用者情報の共有化は朝のカンファレンスと昼の会議等で行い、口頭もしくは会議録を作成し職員が閲覧し確認している。ケアカンファレンスは必要に応じてその都度行うが、3ヶ月に一度の看護計画の見直しの際には必ずカンファレンスを行っている。		
a	■ 224 記録管理の責任者が設置されている。	■ 225 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程を定めている。	■ 226 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。	■ 227 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。	■ 228 退職後の守秘義務について、職員から誓約書をとっている。	■ 229 個人情報の利用について、契約時に利用者及びその家族から同意書を得ている。			■ 230 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	■ 231 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。
	a						■ 232 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講評 (評価分類ごと)	
Ⅲ	2	(4) 職員に必要なサポートを行っている。	① 記録の書き方、報告すべき事項等についての個別に指導している。	a	■	234	訪問看護職員の記録が、作業の記録ではなく「何のために行う行為を行いその結果がどうなったか」「利用者のある状態に対し、どのような考えによって何を働きかけ、その結果がどうであったか」という目標に向けた援助としての記載が含まれているか。	・事業所の所長は事業所運営を全て把握する立場として総合的な視野に立ち業務に携っている。訪問看護記録の記入方法について所長の指導が行なわれることがある。様式についても利用者本人に関わる欄と家族との会話や家族の様子を記載する欄などがあり時系列的に把握できるようになっている。	
			■		235	個別の利用者ごとに、身体の状態などについて注意して報告すべき事項を指示した文書、または訪問看護計画書の記載で指示した記録がある。			
			② トラブルの際に職員の言い分も十分に聞き、その気持ちを受け止める仕組みがある。	a	■	236	職員との話し合いの内容やその後の訪問看護職員の状況等に関する記録がある。		・トラブルが発生した場合、当事者である職員を追及するのではなく、話し合いをふまえて再発防止のための見直しや検討会議を開いている。事業所の所長は職員のモチベーションを大切にしつつ苦情などの相手先にも誠意を持って対応している。
			■		237	利用者からの苦情などを受けた場合、担当の訪問看護職員からの意見を聴取することが「苦情対応の手引き」に記載がある。			
③ 援助困難な利用者の担当職員には、管理者が常に状況を聞き、大変さや努力を認めている。	a	■	238	援助困難な状況でのケース会議とは別に、その担当訪問看護職員の日常業務でのストレスを受けとめ、支えることを目的にした担当職員との定期的な面談、および担当や前担当職員と管理者等による短時間ミーティングなどを設定している。	・利用者に対しての担当者はいるものの、各利用者の把握と理解のために事業所全体でのサービス提供を行っている。その中で、複数の職員が携ることでの支え合いが職員のストレス回避に繋がっている。また、組織として事業所所長や在宅介護支援部長等と相談することもあり、法人内の精神保健福祉士のカウンセリングを受けることもできる。				
■		239	解決が難しい状況で管理者は、指示や励ましではなく、大変な気持ちを受けとめ、傾聴、受容による支えで担当者の気持ちが変化したか（カウンセリング効果）の記録がある。						
④ 非常勤の職員も含め、経験年数に応じた研修や、担当利用者の疾病等の知識が得られる研修等に参加する機会を提供している。	a	■	240	非常勤の職員も対象に含め経験年数に応じた研修カリキュラムがあり、該当者に受講を促している。	・経験年数ではなく、目標管理シートや自己課題として挙げた、職員が受けた研修、仕事上必要不可欠と考えられる研修について事業所として全面的な支援をしている。そのことにより、事業所のレベルアップと職員の資質向上、利用者への良質なサービス提供に繋がっている。				
■		241	医学の進歩に沿った新しい技術の習得、研鑽を積むための研修への参加を職員に促している。						
■		242	対応の難しい疾病を持つ利用者や認知症などの利用者を担当する職員に該当する疾病・障害の知識が得られるような患者会などの場や研修機関を紹介できる系統的な体制があり、活用されている（研修費用を事業者が負担するか否かは問題でない）。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 243 インターネットを利用して、事業所及びサービスの内容等を紹介したホームページを作成し公開している。 ■ 244 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。 ■ 245 事業所及びサービスの内容等を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 ■ 246 問い合わせへの対応担当者を定めている。 	<p>・法人としてのホームページがあり「在宅介護総合ステーション」、「通所サービス」などの分野別の検索が可能となっている。事業所のパンフレットは大きな字体でサービス内容を4項目に分け、利用者が心配や不安に思う事項をわかりやすく表記している。その中に「重病ではないから訪問看護サービスは受けられないと思っていませんか？」と明記し、訪問看護とは何かということを紙面を見る側からも興味をもって見ていただけるように工夫している。連絡先と担当者名もわかりやすい構図で表記されている。</p>
		(2) サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 247 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書を用いて利用者説明している。 ■ 248 利用契約書を取り交わしている。 ■ 249 重要事項説明書及び契約書の文字の大きさは読みやすいものとなっている。 ■ 250 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば日常生活自立支援事業の活用）を行っている。 ■ 251 利用の決定について迷っている人には即答を求めず、余裕をもって自己決定できるようにしている。 ■ 252 利用者が、いつでも契約の解除ができることを説明している。 	<p>・日常生活自立支援事業の活用の際にご夫婦で聴覚障害者の方がおり利用契約時に手話通訳士をお願いした経緯がある。利用開始時に「重要事項説明書」と「契約書」を詳細に説明し承諾をいただいている。利用者の権利を守るのと同時に事業所にとっても不要なトラブルを回避する重要な案件として必須と捉えている。</p>
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	① 他の施設への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 253 他の事業所への移行、施設入所、家庭での自立した生活などにあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 ■ 254 サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 ■ 255 サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 ■ 256 サービス終了時に、利用中の状況を踏まえ、介護に必要な情報やアドバイスを利用者及び家族に行っている。 	<p>・サービス終了後も利用者や家族等からの相談に対応するため、個人計画書の保管・管理をしている。また、ケアマネジャーと連携し相談にのることがある。在宅サービスなどの他の機関へ繋ぐ体制もできている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントを行っている。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 257 アセスメントの様式が統一されている。 ■ 258 利用者の身体状況や、生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 ■ 259 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。 ■ 260 定期的にあセスメントの見直しが行われている。 ■ 261 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては医師や弁護士など組織以外の関係者も）が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。 ■ 262 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題がサービス実施計画上に明示されている。 	・サービス利用の流れが定められおり、契約時に所長が利用者や家族と面談しアセスメント表Ⅰ（基本情報に関する項目）、Ⅱ（課題分析に関する項目）を作成している。利用者の主治医への訪問看護指示書の依頼なども行い、医療連携をしているサービス付き高齢者住宅などとの情報交換等も行っている。アセスメントの内容を踏まえてサービス場面ごとに利用者の状態を具体的に把握し、ニーズや課題を検討している。
		(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 263 訪問看護計画に利用者又はその家族の希望が記載されている。 ■ 264 訪問看護計画を利用者又はその家族に説明し、同意のサインを得ている。 ■ 265 訪問看護計画に主治の医師の指示からの指示書の内容が反映されている。 ■ 266 訪問看護計画には長期目標・短期目標が明確に記載されている。 ■ 267 訪問看護計画の目標として心身機能の維持・回復を盛り込んでいる。 ■ 268 訪問看護計画は利用者の自立支援を重視したものとなっている。 ■ 269 意思表示が困難な利用者の希望・要望の聴取に関する留意事項がマニュアルに記載されている。 	・訪問看護計画書は本人、家族等の希望・要望、主治医の指示などを基に目標を記載し、中にはリハビリテーション計画を希望する方もおり本人や家族に説明し承諾を得ている。利用者の担当ケアマネジャーの主催するサービス担当者会議で個々の利用者の計画について他職種とも話し合い自立支援や看取りに向けて検討を加えている。職員は利用者の生活環境や思いを汲み取り、目標の実現に向けて最大限のサービス提供に努めている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	4	(2)	② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	■ 270 訪問看護計画の見直し時期（最長3ヶ月）が計画上に明示されている。	・事業所として3ヶ月ごとに見直しをすることを定めている。ケアカンファレンスも定期的に関わっており緊急の場合には随時実施している。モニタリングも行い、体調の変化など必要に応じて計画や訪問内容を見直している。また、モニタリングの結果も利用者や家族に確認していただきその都度、要望などを聞いている。担当職員からの報告を受けたりサービス記録の確認をし、所長は総合的な視点で管理をしている。
					■ 271 訪問看護計画は定期的に見直すほか、必要に応じて随時見直している。	
					■ 272 訪問看護計画の見直しは、利用者又はその家族の希望を取り込んで行なっている。	
■ 273 訪問看護計画の変更を利用者又はその家族に説明し、同意のサインを得ている。						
■ 274 3ヶ月に1回以上ケアカンファレンスを実施し、サービス実施計画の評価をしている。						
■ 275 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。						
■ 276 訪問看護計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。						
(3) 個別業務と全体の目標との関連を明確にしている。	① 居宅サービス計画の目標と訪問看護計画の目標の関連が分かり、訪問看護業務による働きかけの方向が明確になるよう指導している。	a	■ 277 訪問看護計画を担当する全ての訪問看護職員に渡して、説明した記録がある。	■ 278 担当する利用者の居宅サービス計画の目標を説明し、訪問看護計画の目標との関連を指導した記録がある。	・事業所としての「サービスの流れ」にも毎月月末に居宅介護支援事業所に提出する「訪問看護計画書」と「訪問看護報告書」があり、改めて職員が確認する場となっている。モニタリング総括表もあり、居宅サービス計画の長期・短期目標と連動した看護目標の進捗状況を確認する中で居宅サービス計画との関連性も十分理解している。	
			■ 279 訪問看護計画を担当する全ての訪問看護職員に渡して、担当業務の果たす役割を説明した記録がある。			
			■ 280 担当する利用者の居宅サービス計画を説明し、担当看護職員が訪問と訪問のあいだの生活を理解し、業務での配慮、観察と報告のポイントが分かるような指導をした記録がある。	・複数の職員が一人の利用者に交替で関わっており利用者の状況観察ポイントを毎日行なわれるカンファレンスの中で確認し、ノートに記録している。利用者や家族が戸惑うことのないように重要な記録部分に付箋を貼るなどして情報を共有し、訪問時のサービスに漏れのないようにしている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	5 職員の接し方とケアの内容	(1) 訪問看護が適切に提供されている	① 訪問のたびに健康状態のチェックがなされ、記録されている。	a	<p>■ 281 訪問中に観察された健康状態を示す情報や具体的なバイタルサインが記録されている。</p> <p>■ 282 普段と異なる健康状態が把握された場合、その情報を誰に伝え、どのように対応されたのか記録されている。</p>	・事業所の訪問看護記録には「検温」の欄がありバイタルサインが記入されている。高齢者は自身の体調変化を自覚し周囲の人に伝えることが難しいので皮膚の色や症状の推移について把握し、職員は健康状態を総合的に見極めている。
			② 利用者の状態にあわせた訪問看護を職員全員が安全に提供している。	a	<p>■ 283 新たに担当になる訪問看護職員の初回時には、管理者等による同行訪問による指導がされ、習得状況の結果が記録されている。</p> <p>■ 284 認知症症状をもつ利用者には、不安や心の世界を理解する内容を含んだマニュアルがある。</p> <p>■ 285 独居又は高齢者2人暮らし世帯の担当訪問看護職員は、訪問していない間の生活状況や危険を把握するために介護支援専門員、他の居宅サービス事業者などと情報交換している。</p> <p>■ 286 訪問看護職員は、本人の意欲を促し、できる限り自分でやれるような工夫をする指導したマニュアルがある。</p>	
		(2) 家族介護者と訪問看護職員との援助関係	① 本人と家族の意向が異なる場合、家族援助の視点を持てるよう指導している。	a	<p>■ 287 利用者本人と家族の意向が異なる場合に、本人と家族の関係経緯、家族の考え方を理解するためにケア会議を行い、担当職員に指導した記録がある。</p> <p>■ 288 指導の上で、家族介護者と訪問看護職員との援助関係の改善状況を継続的に確認した記録がある。</p>	・事業所の「訪問看護師の心得」の中で「訪問看護師の価値観で相手を判断せず、常に療養者・家族の意思を尊重する」としているが、利用者と家族の意向が異なる場合は専門的な立場から中立的な対応を心掛けるようにしている。